·论著·

我国村医社区康复服务能力具备情况调查研究

陈秀芳[1]，李思清[2]，胡丹[3]，高淑红[4*]，陈家应[1，4*]，张朝阳[4]

1.222000 江苏省连云港市，南京医科大学康达学院
2.211116 江苏省南京市，南京医科大学继续教育学院
3.211116 江苏省南京市，南京医科大学医政学院
4.100061 北京市，中国农村卫生协会
*通信作者：陈家应，教授/博士生导师；E-mail：jychen@njmu.edu.cn
高淑红；E-mail：651774009@qq.com

【摘要】 **背景** 村医是农村地区慢性病患者、失能老人、残疾人康复服务的最便捷的提供者，随着分级诊疗政策推进，村医的康复服务能力引起关注。**目的** 了解村医社区康复服务能力掌握情况，分析其康复服务能力存在的不足，提出能力提升策略。**方法** 于2020年7—8月，采用多阶段分层整群抽样和典型抽样相结合方式，抽取我国东、中、西部地区5个省份的部分村医展开调查，内容涉及村医的康复功能评定、社区康复指导能力的具备情况，以及各项能力满足工作需要情况。**结果** 共回收有效问卷3 916份，接受调查的村医中，分别有2 391名（61.1%）、3 704名（94.6%）、2 365名（60.4%）村医具备康复功能评定能力、社区康复指导能力、社区康复服务综合能力；东、中、西部村医的康复功能评定能力具备率、社区康复指导能力具备率和社区康复服务综合能力具备率比较，差异有统计学意义（$P<0.001$），其中西部地区村医各项能力具备率均较低；不同学历和执业资质村医的康复功能评定能力具备率与社区康复服务综合能力具备率比较，差异有统计学意义（$P<0.05$），其中，高中/中专以下学历村医的能力具备率较高，全科医师的能力具备率较高；报告在日常工作中需要提供肌力分级评定、运动功能评定、关节活动评定、常见病患者康复指导、慢性病患者康复指导、伤残患者康复指导6种服务能力的村医占比分别为73.5%（2 880/3 916）、73.8%（2 891/3 916）、74.1%（2 900/3 916）、96.3%（3 773/3 916）、95.9%（3 754/3 916）、89.1%（3 490/3 916），在能力满足工作需求方面，三种康复功能评定能力满足工作需要的比例均未超75%，三种患者康复指导能力满足工作需要率分别为92.4%（3 487/3 916）、91.7%（3 441/3 916）、85.6%（2 987/3 916）。**结论** 我国村医的社区康复服务能力具备情况总体上较好，但西部地区村医社区康复服务能力存在不足；村医社区康复服务能力可基本满足村民需求，但随着急性期在医院、恢复期回社区的连续性康复服务模式逐步形成，农村居民对村医的社区康复服务将会有更高的需求，应通过实践锻炼等方式提升村医康复服务能力，补齐能力短板。

【关键词】 乡村医生；社区康复服务；康复功能评定能力；社区康复指导能力；东中西部地区

【中图分类号】 R 192.3 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0816

Competence of Community-based Rehabilitative Service among Rural Doctors in China

CHEN Xiufang[1]，*LI Siqing*[2]，*HU Dan*[3]，*GAO Shuhong*[4*]，*CHEN Jiaying*[1，4*]，*ZHANG Zhaoyang*[4]

1.Kangda College of Nanjing Medical University，Lianyungang 222000，China
2.School of Continuing Education，Nanjing Medical University，Nanjing 211166，China
3.School of Health Policy and Management，Nanjing Medical University，Nanjing 211166，China
4.China Rural Health Association，Beijing 100061，China
**Corresponding authors：CHEN Jiaying，Professor/doctoral supervisor；E-mail：jychen@njmu.edu.cn*
GAO Shuhong；E-mail：651774009@qq.com

基金项目：国家自然科学基金项目（71874087）；中国－盖茨基金会农村基本卫生保健项目（OPP1176308）

引用本文：陈秀芳，李思清，胡丹，等. 我国村医社区康复服务能力具备情况调查研究［J］. 中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0816.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

CHEN X F，LI S Q，HU D，et al. Competence of community-based rehabilitative service among rural doctors in China［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］

【Abstract】 **Background** Rural doctors are the most convenient providers of community-based rehabilitative services for chronic disease patients and disabled people in rural areas, with the promotion of graded diagnosis and treatment policies, people began to pay attention to the competence of community-based rehabilitative services among rural doctors. **Objective** By investigating the competence of community-based rehabilitative service among rural doctors, analyzing the shortage of competence, and providing references for improving it. **Methods** A multi-stage stratified cluster sampling and purposive sampling methods were used to select 3 916 rural doctors from five provinces in east, central, and western China. The survey was conducted from July to August 2020. The questionnaire mainly focused on investigating the possession of rural doctors' competence in rehabilitation function assessment and community rehabilitation guidance, as well as whether the competence could meet their actual work needs. **Results** Of the 3 916 rural doctors surveyed, 2 391 (61.1%)、3 704 (94.6%)、2 365 (60.4%) were found to have competence in rehabilitation function assessment, community rehabilitation guidance, and comprehensive community-based rehabilitative service, respectively. The comparison of the rehabilitation function assessing competence, community rehabilitation guiding competence, and comprehensive community rehabilitation service competence of rural doctors in the eastern, central, and western regions showed statistically significant differences (P<0.001), while the rural doctors in the western region had the lowest proportion of competence; There were statistically significant differences (P<0.05) in the proportion of the rehabilitation function assessing competence and the comprehensive competence of community rehabilitation services among rural doctors with different educational backgrounds and practicing qualifications. Rural doctors with an educational background of technical secondary school/ high school or below had a relatively higher proportion of competence, and general practitioners also had a relatively higher proportion of competence. The proportion of rural doctors who need to provide six services in daily work, including muscle strength grading assessment, motor function assessment, joint activity assessment, rehabilitation guidance for common disease patients, rehabilitation guidance for chronic disease patients, and rehabilitation guidance for disabled patients, is 73.5% (2 880/3 916)、73.8% (2 891/3 916)、74.1% (2 900/3 916)、96.3% (3 773/3 916)、95.9% (3 754/3 916)、89.1% (3 490/3 916), respectively. The proportion of the three classification competencies included in the rehabilitation function assessment competence that meet the work needs does not exceed 75%, and the three classification competencies included in the community rehabilitation guidance competence meet the work needs with a rate of 92.4% (3 487/3 916)、91.7% (3 441/3 916)、85.6% (2 987/3 916), respectively. **Conclusion** Overall, the community-based rehabilitation service competence of rural doctors in China was in relatively good condition. However, there were deficiencies in the competence of rural doctors in Western China. The community-based rehabilitation service competence of rural doctors could meet the needs of rural residents, and with the gradual formation of the continuous rehabilitation service mode of staying in the hospital during the acute period and returning to the community during the recovery period, rural residents will have a higher demand for the community-based rehabilitation service of rural doctors. Therefore, positive measures should be taken to enhance the rehabilitation service competence of rural doctors, and practical exercises are the more effective measures we have found.

【Key words】 Rural doctor; Community-based rehabilitative service; Rehabilitation function assessing competence; Community rehabilitation guiding competence; Eastern, central and western regions

随着经济发展，人们对生活质量的要求逐步提高，人口老龄化日益加深，失能老人数量快速增加，影响了老年人的生活质量和养老照护服务需求；同时，人群疾病谱的变化，慢性病患病率提高，慢性病患者的病痛及其所致的功能受损，也影响着患者的生活质量[1]。由此引发的失能和半失能老年人功能康复需求、慢性病患者的健康管理与功能康复需求，近年来均呈现快速增长[2]。另外，大部分康复服务不需要复杂的技术，在基层医疗卫生机构就可以获得经济、便捷、实惠、有效的服务[3]。为此，2021 年，国家卫健委颁布了《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》，提出要积极发展社区康复医疗，支持基层医疗卫生机构为失能或高龄老年人、慢性病患者、重度残疾人等有迫切康复医疗服务需求的人群，提供康复指导等服务。

乡村医生(村医)是我国农村医疗卫生服务网的网底，担负着维护广大农村居民健康的重任，扮演着农村居民健康“守护者”的重要角色，是农村地区卫生服务的重要力量[4]。由于城镇化和农村劳动力进城务工增加，在我国大部分农村地区均出现了老龄化程度高于城市的现象，随之而来也出现了农村地区慢性病患病率、高龄老人比例、失能老人数量等均高于城市地区的问题[5]。农村地区慢性病患者、失能老人、残疾人的康复主要依靠镇村两级卫生人员，村医由于其便捷性的特点，担负更加重要的服务职责。本文通过调查了解我国村医社区康复服务的能力掌握情况，分析其康复服务能力存在的不足，希望为提升我国村医队伍的康复服务能力提供参考。

1 对象与方法

1.1 调查对象

于2020年7—8月，采用多阶段分层整群抽样，并结合典型抽样展开调研。首先根据地域空间分布，在我国的东、中、西部3个地区，选取分级诊疗工作开展较好、基层服务能力提升策略有一定特色的6个省（市）做为样本省（市），分别是东部地区（江苏省、浙江省）、中部地区（安徽省、河南省）、西部地区（甘肃省、重庆市），因新型冠状病毒感染疫情原因，浙江省的调查未能开展，江苏省的调查样本量扩大1倍。其次，根据城市经济发展水平和基层卫生组织建设，在每省抽取2个居中的设区市，分别为江苏（常州市、苏州市、盐城市、徐州市）、安徽（合肥市、阜阳市）、河南（开封市、许昌市）、甘肃（白银市、定西市）；在每个样本市，按相同的标准分别选择一个市区和一个县（市）。每个样本区、县（市）所有的基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院和村卫生室）的所有医生，均纳入问卷调查。本文主要分析了样本地区的村医，纳入标准包括：（1）执业地点在村卫生室的所有村医，包括执业（助理）医师、乡村医生和尚未取得执业资质的新入职医学生；（2）调查时工作地点在乡镇卫生院和社区卫生服务中心等，但执业资质是“乡村医生”者。

1.2 调查内容与方法

采用课题组基于前期开发的《家庭医生卫生服务能力指标体系》所编制的“家庭医生个人能力自评问卷”[6]。利用问卷星平台将问卷发放给每位基层医生，由医生自己填写提交。调查前向所有基层医生介绍了本次调查仅用于研究，不与个人评价相关，自愿且匿名填写，以保证自我评价的客观性。调查员负责对回收的问卷进行整理审核。本研究已通过南京医科大学伦理委员会批准［伦理审批号：南医大伦审（2020）589号］，所有研究对象已签署知情同意书。本次调查共发放问卷4 308份，剔除不愿意接受调查的和无效问卷392份，回收有效问卷3 916份，问卷有效回收率为90.90%。

调查内容包括村医的年龄、学历、执业资质等基本信息及其岗位能力自评两部分内容。本文主要分析村医开展社区康复服务涉及的相关问题，包括常用的康复评定方法和社区康复指导两方面的能力。其中康复功能评定能力是指村医掌握康复常用的知识和功能评定方法，包括肌力分级评定、运动功能评定、关节活动评定三个方面的评定方法掌握情况；社区康复指导能力主要包括常见病患者康复指导、慢性病患者康复指导、伤残患者康复指导三类康复指导。本文在判断村医是否具备社区康复服务能力时，按表1的判断标准对村医社区康复服务能力的具备情况进行判断。

1.3 调查人员及质量控制

于2020年7月，由经过统一培训的调查员进行问卷调查。调查员主要由课题组教师、研究生和在校本科生共同组成。调研期间，课题组与样本地区卫生行政部门进行沟通，做好调查保障和动员工作；调查员对收到的问卷及时检查，确保数据的一致性、完整性与逻辑性。调研结束后，展开问卷抽查复核，保证问卷质量。

1.4 统计学方法

利用SPSS 22.0对数据进行统计分析，计数资料采用相对数表示，组间比较采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 作为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 村医基本情况

本次共调查村医3 916名。从村医年龄结构看，以45~60岁为主［2 367/3 916（60.4%）］，30岁以下村医仅占0.7%（26 /3 916）；村医学历以高中/中专及以下学历为主［2 813/3 916（71.8%）］，西部地区大专及以上学历的村医所占比较高，达37.5%（410 /1 094）；从执业资质看，村医执业资质主要为乡村医生［2 067/3 916（52.8%）］，其次为执业（助理）医师［1 512/3 916（38.6%）］，东、中、西部地区村医具备执业（助理）医师人员占比依次为56.9%（489/859）、35.9%（705/1 963）、29.1%（318/1 094）。不同地区村医年龄、学历、执业资质比较，差异均有统计学意义（$P<0.01$），见表2。

2.2 村医社区康复服务能力具备情况

村医的康复评定方法具备率为61.1%（2 391/3 916），社区康复指导具备率为94.6%（3 704/3 916），社区康复服务综合能力具备率为60.4%（2 365/3 916）。东、中、西部村医的康复功能评定能力具备率、社区康复指导能力具备率和社区康复服务综合能力具备

表1 社区康复服务能力具备情况判断标准

Table 1 Criteria for assessing the competence of community-based rehabilitative service.

综合能力	分类能力	具体能力指标	分类能力判断标准	综合能力判断标准
社区康复服务能力	康复功能评定	1. 肌力分级评定；2. 运动功能评定；3. 关节活动评定	同时具备2个及以上，为基本具备该项能力	同时具备二项分类能力，判断为具备社区康复服务能力
	社区康复指导	1. 常见病患者康复指导；2. 慢性病患者康复指导；3. 伤残患者康复指导	同时具备2个及以上，为基本具备该项能力	

率比较，差异有统计学意义（P<0.001），其中西部地区村医的康复功能评定、社区康复指导和社区康复服务综合能力具备率较低，见表3。

总体上康复功能评定相关能力具备率较低，社区康复指导相关能力具备率较高。肌力分级、运动功能与关节活动三方面的评定能力具备率均只达到60%，而对三类患者的社区康复指导能力具备情况均超过80%。在康复功能评定能力方面，中部地区村医肌力分级评定、运动功能评定与关节活动评定能力的具备率均较高，西部地区村医能力具备率较低；在常见病、慢性病患者社区康复指导能力具备情况看，总体均达90%以上，东、中部均超过95%；伤残患者康复指导能力具备率全国平均达83.6%（3 275/3 916），西部地区村医该能力具备率较低，为77.9%（852/1 094），见表3。

2.3 不同村医社区康复服务能力具备情况

调查显示，不同学历和执业资质村医的康复功能评定能力具备率与社区康复服务综合能力具备率比较，差异有统计学意义（P<0.05）。其中，在学历方面，高中/中专以下学历村医的康复功能评定与社区康复服务综合能力具备率较高，分别为62.7%（1 763/2 813）、61.9%（1 742/2 813），本科及以上学历村医的康复功能评定、社区康复服务综合能力具备率较低，分别为54.9%（62/113）、54.0%（61/113）；在执业资质方面，全科医师康复功能评定与社区康复服务综合能力具备率较高，分别为68.9%（208/302）、68.2%（206/302）；不同学历和执业资质村医的社区康复指导能力具备率比较，差异无统计学意义（P>0.05），见表4。

2.4 村医社区康复服务能力需要情况与满足实际工作情况

在本次调查的3 916名村医中，报告在日常工作中需要提供肌力分级评定、运动功能评定、关节活动评定、常见病患者康复指导、慢性病患者康复指导、伤残患者康复指导等6种服务能力的村医占比分别为73.5%（2 880/3 916）、73.8%（2 891/3 916）、74.1%（2 900/3 916）、96.3%（3 773/3 916）、95.9%（3 754/3 916）、89.1%（3 490/3 916）。康复功能评定能力满足工作需要的比例总体上偏低，肌力分级、运动功能、关节活动评定能力满足工作需要率均未超过75.0%；而社区康复

表2 东、中、西部地区村医的基本情况［名（%）］

Table 2 Basic information of rural doctors in eastern，central and western regions

	东部（n=859）	中部（n=1 963）	西部（n=1 094）	合计（n=3 916）	χ^2值	P值
年龄					17.836	0.007
<30岁	6（0.7）	8（0.4）	12（1.1）	26（0.7）		
30~<45岁	258（30.0）	679（34.6）	332（30.3）	1 269（32.4）		
45~60岁	551（64.1）	1 144（58.3）	672（61.4）	2 367（60.4）		
>60岁	44（5.1）	132（6.7）	78（7.1）	254（6.5）		
学历					91.795	<0.001
高中/中专及以下	650（75.7）	1 479（75.3）	684（62.5）	2 813（71.8）		
大专	171（19.9）	431（22.0）	388（35.5）	990（25.3）		
本科及以上	38（4.4）	53（2.7）	22（2.0）	113（2.9）		
执业资质					187.702	<0.001
执业（助理）医师	489（56.9）	705（35.9）	318（29.1）	1 512（38.6）		
全科医师	58（6.8）	177（9.0）	67（6.1）	302（7.7）		
乡村医生	306（35.6）	1 065（54.3）	696（63.6）	2 067（52.8）		
其他或无执业资质	6（0.7）	16（0.8）	13（1.2）	35（0.9）		

表3 东、中、西部地区村医社区康复服务能力具备情况［名（%）］

Table 3 The proportions of rural doctors with community-based rehabilitative service competence in eastern，central and western regions

组别	例数	康复功能评定具备率				社区康复指导具备率				社区康复服务综合能力具备率
		肌力分级评定	运动功能评定	关节活动评定	具备≥2项	常见病患者	慢性病患者	伤残患者	具备≥2项	
东部	859	516（60.1）	504（58.7）	499（58.1）	503（58.6）	827（96.3）	823（95.8）	730（85.0）	821（95.6）	498（58.0）
中部	1 963	1 354（69.0）	1 342（68.4）	1 315（67.0）	1 340（68.3）	1897(96.6）	1886(96.1）	1693(86.2）	1884(96.0）	1327（67.6）
西部	1 094	515（47.1）	557（50.9）	560（51.2）	548（50.1）	1 017（93.0）	1 002（91.6）	852（77.9）	999（91.3）	540（49.4）
合计	3 196	2 385（60.9）	2 403（61.4）	2 374（60.6）	2 391（61.1）	3 741（95.5）	3 711（94.8）	3 275（83.6）	3 704（94.6）	2 365（60.4）
χ^2值		100.451				31.888				100.405
P值		<0.001				<0.001				<0.001

指导能力满足工作需要率则较高，常见病患者康复指导、慢性病患者康复指导能力满足工作需要率较高，均达到90.0%以上；伤残患者社区康复指导能力满足工作需要率较低，也达到了85.6%（2 987/3490）。东、中部地区村医康复功能评定中的具体能力项目满足需要率均达80.0%，西部地区均低于65.0%；东部地区村医社区康复指导相关能力满足需要率较高，均超90.0%，见表5。

3 讨论

3.1 我国村医的社区康复服务能力具备情况总体上较好

完整的康复服务一般由医生展开康复评定、拟定康复治疗方案、提供康复指导等组成[7]，调查结果显示村医康复功能评定能力具备率相对较低，社区康复指导的能力具备情况较好。在实际工作中，由于康复功能评定多服务于康复方案制定，通常是由专科医生根据评定结果拟定康复治疗方案，村医的康复服务内容则主要是执行专科医生的康复方案，对患者展开康复指导，即实际工作中对村医康复功能评定能力要求相对较低，对社区康复指导能力需要较高，表5也可看出康复功能评定的能力需要比例均73.0%~74.0%，而需要提供慢性病和常见病康复指导的比例均超过95.0%，需要伤残康复指导的比例也达到89.0%以上。因此，本研究认为村医的社区康复服务能力总体上较好，能够担负居民社区康复的指导和康复方案的执行工作。但村医的社区康复服务具体能力项目中，仍有一些能力短板，比如伤残患者的康复指导能力等，需要针对村医开展康复服务能力短板的培训，提升村医社区康复服务能力[8]。

3.2 我国村医社区康复服务能力可基本满足村民需求

总体来看，村医社区康复服务能力满足村民需求情况较好，主要是社区康复指导能力满足工作需要比例较高，原因可能是村医日常面临需要康复指导病例的机会比较多。此外，村医康复功能评定能力满足工作需求比例虽低于康复指导能力，但高于村医对康复功能评定能力的需求比例，说明康复功能评定能力也可基本满足村民需求。我国东中西部地区村医的社区康复服务能力存在明显差异，西部地区的社区康复服务能力具备率较低，

表4 不同特征村医社区康复服务分类能力与综合能力具备情况

Table 4 The proportions of rehabilitation function assessing competence, Community rehabilitation guiding competence and community-based rehabilitative service competence of rural doctors with different characteristics

项目	调查人数	康复功能评定具备率	社区康复指导具备率	社区康复服务综合能力具备率
学历				
高中/中专以下	2 813	1 763（62.7）	2 670（94.9）	1 742（61.9）
大专	990	566（57.2）	931（94.0）	562（56.8）
本科及以上	113	62（54.9）	103（91.2）	61（54.0）
χ^2值		11.197	3.780	10.148
*P*值		0.004	0.151	0.006
执业资质				
执业（助理）医师	1 512	894（59.1）	1 420（93.9）	884（58.5）
全科医师	302	208（68.9）	294（97.4）	206（68.2）
乡村医生	2 067	1 270（61.4）	1 957（94.7）	1 256（60.8）
其他或无执业资质	35	19（54.3）	33（94.3）	19（54.3）
χ^2值		10.934	5.878	10.732
*P*值		0.012	0.118	0.013

表5 村医社区康复服务能力满足工作需要情况

Table 5 The proportions of community-based rehabilitative service competence of rural doctors to meet their work needs

社区康复服务能力	东部（*n*=859）		中部（*n*=1 963）		西部（*n*=1 094）		合计（*n*=3 916）	
	需要人数	满足比例	需要人数	满足比例	需要人数	满足比例	需要人数	满足比例
康复功能评定								
肌力分级	587	470（80.1）	1 548	1 232（79.6）	745	459（61.6）	2 880	2 161（75.0）
运动功能	571	460（80.6）	1 555	1 222（78.6）	765	487（63.7）	2 891	2 169（75.0）
关节活动	576	463（80.4）	1 548	1 206（77.9）	776	490（63.1）	2 900	2 159（74.4）
社区康复指导								
常见病患者	827	791（95.6）	1 905	1 781（93.5）	1 041	915（87.9）	3 773	3 487（92.4）
慢性病患者	824	783（95.0）	1 897	1 761（92.8）	1 033	897（86.8）	3 754	3 441（91.7）
伤残患者	736	682（92.7）	1 778	1 554（87.4）	956	751（78.6）	3 490	2 987（85.6）

满足工作需要的比例也较低，揭示西部地区村医的社区康复服务能力不足，而西部地区村医的高学历比例却较高。这主要是由于近年政府加大了对西部的政策倾斜力度，如为农村培养订单定向免费医学生、提升基层卫生人员收入等，吸引了更多的高学历人员到基层工作[9-10]，但可能由于工作时间较短，临床经验不足，导致服务能力不足的问题。村医社区康复服务各方面能力的具备率都呈现西部较低，同时能力满足需要的比例也呈现西部较低。这些结果都提示，西部地区村医虽然学历结构较高，但能力不足问题仍然比较突出[11]。

这一研究发现也提示在社区康复服务能力建设中，既要提升基层卫生人力队伍的素质，更要重视其临床操作能力的训练，基层卫生服务的特点决定了基础性、基本卫生保健服务是基层卫生服务的重点内容。因此，不仅要增加村级卫生机构高素质医学人才的配置，更要加强村医的岗位培训和康复操作能力的提升，提高其康复服务能力，以更好满足农村居民的社区康复服务需求[12]。

3.3 农村居民对村医的社区康复服务有较高的需求

调查显示，实际工作中需要运用到康复功能评定的村医比例达七成以上，需要具备社区康复指导能力的村医达九成以上。综合来看，农村居民对村医的社区康复服务有较高的需求。随着我国整合型服务体系逐步建立和分级诊疗制度的推进，急性期在医院、恢复期回社区的连续性康复服务模式将逐步形成，农村居民对村医社区康复服务的需求也会逐步提高。本次调查发现，村医队伍老龄化严重，补充不足且质量不高，因此应加强村医队伍建设，确保村医队伍的稳定性和可持续性，保障康复服务的提供。村医队伍素质的提升，将提高村民对村级卫生组织的信任，也有利于分级诊疗制度推行[13]。面对农村居民表现出的对村医社区康复服务的较高需求，应通过设计系统的标准化的基层康复服务流程等举措，保障村医康复服务水平，推进对患者康复的节点管理，确保村医提供康复服务的质量，保障村民社区康复的效果，提高村民对基层组织的信任，提高患者基层康复的依从性，助力分级诊疗[14]。

3.4 实践锻炼有利于提升村医康复服务能力的掌握

村医社区康复服务能力掌握情况可能与实践锻炼有关。研究发现，村医社区康复服务能力掌握与学历呈负相关，高中/中专学历的村医能力掌握情况反而较好。因为低学历人员多为基层工作时间较长的老村医，有过更多的实际操作机会和经验，因而社区康复服务能力掌握的比例相对更高。不同执业资质的村医社区康复服务能力差别不大且无特别规律，但全科医师能力具备率相对较高，提示开展全科医学培训对提升基层医生能力是有帮助的[15]。因此，为提升村医社区康复服务能力掌握水平，首先要对新入职的村医加强社区康复服务能力培训，尤其是不同健康问题的康复指导，提高其康复服务能力，比如中医康复适宜技术的实践锻炼[16]；其次，考虑康复服务实践性较强，要加强操作训练，并增加村医参与康复服务的锻炼机会，比如增加康复服务教学视频和现场操作演示与练习，专科医生到基层指导开展康复服务等；第三，完善整合型服务体系的整合机制建设，促进医院与社区的协同，保障村医的康复服务质量[17]。

4 小结

农村地区慢性病患者、失能老人、残疾人的康复主要依靠镇村两级卫生人员，研究发现目前我国村医社区康复服务能力具备情况总体上较好，但西部地区村医社区康复服务能力存在不足；村医现阶段提供的社区康复服务可基本满足村民需求，但随着急性期在医院、恢复期回社区的连续性康复服务模式逐步形成，农村居民对村医的社区康复服务将会有更高的需求；研究还发现村医队伍存在老龄化严重且质量不高情况，但实践锻炼是提升村医康复服务能力的有效手段，因此需要从加强村医队伍建设、强化村医康复服务实践培训等方面有针对性地给予更多支持，提升村医服务能力。本文从康复功能评定、社区康复指导 2 个方面评价村医能力的具备情况，较为全面地分析了我国东、中、西部不同地区、不同特征村医队伍现状、各项服务能力的具备现状和需要情况，分析了能力不足和存在差别的原因，并为提升村医社区康复服务能力提出了相应建议。本文所采用的评价工具已经过验证，适合中国国情，但本研究也有一定局限性：一是问卷中关于村医社区康复服务能力的具备情况，是由村医自评，而非通过考试等测量手段的判断，与实际情况可能存在一定的差异；二是村医社区康复服务的对象是农村居民，问卷中由村医自评能力具备情况的视角较为单一，下一步还需要从康复服务需求方进一步评价村医的服务能力水平，为提升村医社区康复服务能力提供多角度的依据。

作者贡献：陈秀芳、陈家应负责研究的构思与设计，撰写论文、进行论文的修订；李思清进行数据的收集与整理，统计学处理；陈家应、胡丹负责研究的实施；陈家应、高淑红、张朝阳负责文章的质量控制与审查，对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 何雨欣，吴艺新，杨珊，等．中国老年慢性病患者失能状况的 Meta 分析[J]．中国全科医学，2025，28（02）：159-168. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0886.

[2] 李欣，邱卓英，杨剑，等．康复 2030：扩大康复规模以满足日益增长的康复需求[J]．中国康复理论与实践，2017，23（4）：

380-384. DOI：10.3969/j.issn.1006-9771.2017.04.003.
［3］徐帅．国外社区康复服务状况及对我国社区康复发展的思考［J］．残疾人研究，2018（4）：86-95. DOI：10.3969/j.issn.2095-0810.2018.04.016.
［4］谢坤，胡丹，彭朗，等．河南省基层医生常见病诊疗服务能力现状与提升对策研究［J］．中国全科医学，2022，25（19）：2399-2403，2413. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0140.
［5］郑伟，韩笑，吕有吉．中国人口慢性病的总体状况与群体差异［J］．社会科学辑刊，2022（3）：139-149.
［6］练璐，李心怡，邹慕蓉，等．应用改良德尔菲法构建我国家庭医生卫生服务能力指标体系［J］．中国卫生资源，2021，24（4）：448-452. DOI：10.13688/j.cnki.chr.2021.200914.
［7］方国恩．学习推广世卫组织康复指南 发展中国康复医疗服务［J］．中国康复理论与实践，2020，26（1）：15. DOI：10.3969/j.issn.1006-9771.2020.01.002.
［8］孙子雯，徐海东，孟雅，等．山东省乡村医生培训效果影响因素研究［J］．中国农村卫生事业管理，2022，42（9）：641-645，659. DOI：10.19955/j.cnki.1005-5916.2022.09.007.
［9］李玉华，郝婷，陈立章．我国高校农村订单定向医学本科生培养方案现状研究［J］．中国全科医学，2018，21（16）：1989-1992，1997. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2018.16.017.
［10］宋奎勐，韩志琰，宋燕，等．农村基层卫生服务人员稳定和吸引策略：基于离散选择实验的视角［J］．中国卫生事业管理，2019，36（8）：616-619.
［11］张朝阳．强化系统性匹配是村医队伍稳定与可持续发展的基础［J］．中国农村卫生，2022，14（10）：15-17. DOI：10.3969/j.issn.1674-361X.2022.10.006.
［12］练璐，王敌，陈家应，等．我国基层医生社区康复服务能力现状与对策研究［J］．中国全科医学，2025，28（4）：450-456.
［13］纪拓．分级诊疗制度实施中社会信任的缺失与重构［J］．中国医学伦理学，2021，34（8）：939-944. DOI：10.12026/j.issn.1001-8565.2021.08.05.
［14］王剑波，施建华，周剑峰，等．社区脑卒中康复服务模式构建探索［J］．中国初级卫生保健，2020，34（5）：26-30. DOI：10.3969/j.issn.1001-568X.2020.05.0008.
［15］练璐，陈家应，王萱萱，等．中国基层医生医疗服务能力现状与对策研究［J］．中国全科医学，2023，26（34）：4246-4253. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0289.
［16］练艺影，于涛，李学会，等．社区卫生服务中心医疗康复资源现状与优化策略的探讨［J］．中国康复，2018，33（1）：85-88. DOI：10.3870/zgkf.2018.01.026.
［17］李亚慧，谢坤，唐卫卫，等．中西部农村地区基层医生常见病诊疗能力现状与对策［J］．卫生经济研究，2022，39（6）：38-41. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.06.018.

（收稿日期：2024-04-10；修回日期：2024-12-26）
（本文编辑：王世越）